

FRAGEBOGEN ZUR ANMELDUNG FÜR EINEN TAGESSTÄTTENPLATZ

BITTE AUSGEFÜLLT SCHICKEN AN:

Leben mit Behinderung Hamburg
Frau Antje Nötzel
Südring 36
22303 Hamburg

Bitte nehmen Sie sich die Zeit den Fragebogen vollständig und leserlich auszufüllen. Ein gut ausgefüllter Fragebogen ermöglicht es uns, das passende Angebot zu finden. Sie können gerne zusätzliche Seiten (z.B. Unterlagen Berichte usw.) beilegen.

Für Fragen stehe ich Ihnen gern zur Verfügung, Sie erreichen mich unter Tel. 040- 270 790 927, Fax: 040-270 790 948, e-Mail: Noetzel@lmbhh.de.

1 Personalien

1.1 Name des Interessent/Interessentin:

Herr Frau

Name: _____ Vorname: _____

1.2 Geburtsdatum: _____

1.3 Anschrift: _____

Tel./Fax: _____ E-Mail: _____

1.3.1 Wohnsituation:

bei den Eltern bei der Mutter bei dem Vater

in einer Wohneinrichtung, Anschrift: _____

Tel./Fax: _____ Ansprechpartner/in: _____

sonstiges, nämlich _____

1.4 Besteht eine rechtliche Betreuung? ja nein

1.5 Für welche Aufgaben ist der/die rechtliche Betreuer/in eingesetzt?

Vermögenssorge Gesundheitsvorsorge Aufenthaltsbestimmung Behörden Angelegenheiten

1.6 Name der rechtlichen Betreuerin/des rechtlichen Betreuers:
Anschrift: _____

E-Mail _____ Tel./Fax: _____

1.7 Besteht ein Unterbringungsbeschluss vom Vormundschaftsgericht? ja o nein o
Nähere Angaben: _____

1.8 Wer soll von uns über einen frei werdenden Tagesstättenplatz informiert werden?

2. Aufnahmetermin

Wann soll die Aufnahme in eine Tagesstätte erfolgen?

später, bitte das gewünschte Jahr eintragen _____

sofort, dringend

Begründung der Dringlichkeit: _____

3. Angaben zur Kostenübernahme

Wurde ein Antrag auf Kostenübernahme beim Sozialhilfeträger gestellt? ja o nein o

Antrag gestellt am: _____

4. Angaben zur Art der Behinderung und Diagnosen

Bitte geben Sie hier die Diagnosen an: _____

4.1 Besteht eine Körperbehinderung? ja o nein o

Rollstuhlfahrer/in ja o nein o

Rollstuhlselfahrer/in ja o nein o

Beschreiben Sie bitte die Auswirkungen und den Unterstützungsbedarf im Alltag:

4.2 Besteht eine Sinnesbehinderung? ja o nein o
o sehbehindert o blind o schwerhörig o gehörlos

Beschreiben Sie bitte die Auswirkungen und den Unterstützungsbedarf im Alltag

4.3 Besteht eine Sprachbehinderung? ja o nein o

Beschreiben Sie bitte die Auswirkungen und den Unterstützungsbedarf im Alltag: _____

4.4 Besteht eine geistige Behinderung? ja o nein o

Beschreiben Sie bitte die Auswirkungen und den Unterstützungsbedarf im Alltag:

4.5 Besteht eine seelische Behinderung? ja o nein o

Beschreiben Sie bitte Situationen in denen eine Überforderung oder Stress entsteht.

Wie ist die Reaktion auf Sie auf Stress oder Überforderung?

4.6 Besteht eine Orientierungslosigkeit? ja o nein o

Beschreiben Sie bitte die Auswirkungen und den Unterstützungsbedarf im Alltag:

4.7 Können Gefahren eingeschätzt werden(z.B. Im Straßenverkehr) ja o nein o

Wenn nicht, beschreiben Sie bitte die Auswirkungen und den Unterstützungsbedarf im Alltag:

4.8 Ist ein Schwerbehindertenausweis vorhanden? ja o nein o

Grad der Behinderung: _____% Bereiche: **B** o **H** o **G** o andere: _____

5. Angaben zum Gesundheitszustand und zu gesundheitlichen Risiken

5.1 Besteht ein Anfallsleiden? ja nein

Beschreiben Sie die Art, die Häufigkeit der Anfälle und den Unterstützungsbedarf:

5.2 Bestehen weitere Erkrankungen? ja nein

Wenn ja, benennen und beschreiben Sie bitte die Erkrankung:

5.3 Hat die Erkrankung Auswirkungen ja nein

auf den sozialen Kontakt zu anderen Menschen? Wenn ja, beschreiben Sie bitte diese Auswirkungen:

5.4 Ist die regelmäßige Einnahme von Medikamenten erforderlich? ja nein

5.5 Ist eine Hilfe bei der Medikamenteneinnahme erforderlich? ja nein

5.6 Muss eine Diät eingehalten werden? ja nein

Welche Diätform:

5.7 Hat der Interessent/die Interessentin Allergien? ja nein

Wenn ja, auf was wird allergisch reagiert:

6. Angaben zum Hilfebedarf

6.1 Kann der Interessent/die Interessentin eigene Bedürfnisse artikulieren oder signalisieren?

ja o

nein o

6.2 Ist Hilfe beim An- und Auskleiden erforderlich?

ja o

nein o

6.3 Ist Hilfe bei der Körperpflege erforderlich?

ja o

nein o

In welcher Form muss die Hilfe geleistet werden? _____

6.4 Ist Hilfe bei Toilettengängen erforderlich?

ja o

nein o

In welcher Form muss die Hilfe geleistet werden? _____

6.5 Werden Hilfestellungen bei den Mahlzeiten benötigt?

ja o

nein o

Wenn ja, in welcher Form?

6.6 Werden aktuell Therapien besucht?

ja o

nein o

Ergotherapie o

Physiotherapie o

Logopädie o

andere o

Wie häufig finden die Therapien statt:

6.7 Werden im Alltag Hilfsmittel genutzt?

ja o

nein o

Wenn ja welche?: _____

7. Angaben zur derzeitigen Beschäftigung (Schulbesuch, Ausbildung, Tätigkeit o.ä.)

Schule? Welche? _____

Arbeit in einer Werkstatt? Name? _____

Tagesstätten-Besuch? Name? _____

andere Tätigkeit? Wo? _____

zurzeit keine Tätigkeit/Beschäftigung

Selbstfahrer/in (d.h. fährt allein zur Arbeit/Schule usw.)

Nutzt den Fahrdienst

8. Welche weiteren Informationen sind für uns möglicherweise wichtig, worauf sollte besonders geachtet werden:

Mit der Weitergabe dieser Daten an die Behörde für Soziales und Familie
bin ich einverstanden.

ja

nein

Ort, Datum

Unterschrift der Bewerberin / des Bewerbers
oder ihrer/seiner gesetzlichen Vertretung

Funktion (z.B. Vater, Mutter, gesetzliche/r Betreuer/in)